



Escriba todas las respuestas en letra de imprenta o a máquina.

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN/CAMBIO DE ESTADO/RENUNCIA PARA LA COBERTURA DE LA PÓLIZA GRUPAL DE SEGURO DENTAL DE LA ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)**

La legislación de California prohíbe el requerimiento de una prueba del VIH o el uso de la misma por parte de compañías de seguro médico como condición para la obtención de cobertura de seguro médico.

Esta póliza no ofrece beneficios esenciales para la salud (Essential Health Benefit, EHB) de tipo pediátrico, según dispone la Ley de Atención Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA).

**1. EMPLEADO**

Nombre del empleado (primero/segundo/apellido)			Fecha de contratación (dd/mm/aaaa)		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Número de seguro social o número de identificación alternativo	
Dirección particular (calle, ciudad, estado, condado, código postal)		Número de teléfono particular		Dirección de correo electrónico	
Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de TruAssure por correo electrónico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Doy mi consentimiento para recibir correo electrónico relacionado con la póliza de TruAssure por correo electrónico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del empleador		Número de grupo		Fecha de entrada en vigor de la cobertura	

**2. EMPLEADO / DEPENDIENTE / INCORPORACIONES / CANCELACIONES / CAMBIOS**

Marque una de las opciones a continuación:  
 **Sí**, deseo inscribirme en esta cobertura grupal.  
 **No** deseo inscribirme en esta cobertura grupal. Si elige "No", ¿tiene otra cobertura de seguro dental?  Sí  No

**3. MOTIVOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO**

Inscripción inicial o abierta  COBRA Fecha de finalización de COBRA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Jubilado/a

Restablecimiento debido a:  Recontratación  Pérdida de otra cobertura  Otro \_\_\_\_\_

Agregar dependiente (indicar a continuación) debido a:  
 Nacimiento  Adopción  Matrimonio  Sociedad doméstica  Pérdida de otra cobertura  Tutela legal  
 Dependiente discapacitado  Dependiente militar  Otro \_\_\_\_\_  
 Fecha del evento calificador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cancelar cobertura de dependiente (indicar a continuación) debido a:  
 Edad  Muerte  Divorcio  Otra cobertura en otro lugar Fecha del evento calificador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Terminación del contrato laboral Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Cobertura a cargo del cónyuge Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cambio de nombre (nombre anterior \_\_\_\_\_)  Cambio de dirección

**4. DEPENDIENTES (Indique el nombre de todos los dependientes que se asegurarán con la póliza grupal).**

AGREGAR	ELIMINAR	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	AGREGAR	ELIMINAR	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cónyuge:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño:	

**5. SELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN (Seleccione una opción):**

Solo para el empleado.  Empleado más un dependiente.  
 Empleado y cónyuge.  Empleado más dos o más dependientes.  
 Empleado más un dependiente niño.  Familia – empleado y sus dependientes.  
 Empleado más dos o más dependientes niños.  Empleado más niños(s).

Según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es exacta. Comprendo que proporcionar información falsa o inexacta puede tener como resultado la cancelación de la cobertura o la falta de pago de los beneficios. Comprendo que mi Empleador remitirá las primas de mi cobertura conforme a la póliza grupal a TruAssure Insurance Company. Si debo contribuir con la prima de mi cobertura, comprendo que mi Empleador tomará las medidas necesarias para que se deduzca de la nómina.

**Aviso de Fraude en California: Cualquier declaración falsa o tergiversación en esta solicitud puede resultar en la pérdida de cobertura, sujeta a la cláusula de incontestabilidad.**

Firma del empleado

Fecha en la que se firma